

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

# **Alexitimia, Consumo de Substâncias e Psicopatia**

Ana Sofia Fernandes Nunes

**M**

2017



## **ALEXITIMIA, CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS E PSICOPATIA**

**Ana Sofia Fernandes Nunes**

Outubro 2017

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, área de Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor Fernando Barbosa (FPCEUP).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Fernando Barbosa, por ter a paciência, a disponibilidade e principalmente a dedicação, neste trabalho que marca o fim de um longo percurso e o início de outro.

À Comunidade Terapêutica do Meilão e à Comunidade Terapêutica Cleanic, por prontamente disponibilizarem todos os recursos possíveis para a minha recolha de dados.

A todas as pessoas que generosamente aceitaram participar no meu estudo, tornando esta investigação possível e a todos os amigos e amigas que foram incansáveis e que sem dúvida foram indispensáveis para que este estudo fosse em frente.

Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim, mesmo quando não vos dei razões para tal. O vosso apoio incondicional ficará sempre no meu coração e definitivamente deixa a vossa marca em todo o que faço. Este trabalho também é para vocês.

Ao meu irmão, por ser uma inspiração de disciplina e dedicação, por nunca me julgar, por ter a paciência para me aceitar incondicionalmente, por mostrar o que é o verdadeiro amor de irmão.

À Vanessa, que me mostra todos os dias que a família não é só o biológico. Que me mostra todos os dias o amor que só se sente por uma irmã. Que me faz ter a certeza, todos os dias, que nunca mais vou estar sozinha neste mundo, independentemente do que possa acontecer. Que eu vou demorar todos os dias da minha vida e mais alguns a tentar agradecer o que fazes por mim.

À Beatriz e ao Ricardo, os meus *partners in crime*, que estiveram sempre comigo nesta luta, e que nunca vacilam, mesmo perante o meu feito por vezes insuportável.

Ao Rúben, à Diana e à Sofia, por estarem do meu lado sempre, mas principalmente quando nem eu gostaria de estar.

Aos meus afilhados, Bárbara, Patrícia e Daniel, que me fazem sempre sorrir mesmo quando não apetece nada. Cada um de vocês marca o meu percurso à vossa maneira.

## RESUMO

O presente estudo analisou a relação e manifestação da alexitimia no consumo abusivo de substâncias psicoativas e na psicopatia, investigando também se a psicopatia teria efeito na relação entre a alexitimia e o consumo abusivo. A amostra do grupo clínico constituiu homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 19 e os 61 anos, em tratamento para o consumo abusivo de substâncias psicoativas. A amostra do grupo de controlo constituiu homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 19 e 64 anos, recrutados na comunidade. A alexitimia foi avaliada através da TAS-20 e da LEAS, a psicopatia através da LSRPS e o consumo através do ASSIST. Também foram controlados os efeitos da ansiedade e da depressão, medidos através da HADS. A capacidade de representar simbolicamente as emoções foi positivamente associada com o consumo de opiáceos, após controlado os efeitos da ansiedade. Também se apresentou relacionada com o poli-uso de substâncias psicoativas. No grupo de controlo e não no clínico, foi também encontrada uma forte associação positiva entre alexitimia e psicopatia, mais especificamente psicopatia secundária, no grupo de controlo. A capacidade de representar simbolicamente as emoções foi negativamente associada com a psicopatia primária. Os resultados mostraram que a psicopatia não tem influência na relação entre a alexitimia e o consumo. A principal implicação deste estudo, visto que sugere que efetivamente existe uma relação entre alexitimia e consumo, é no tratamento do consumo abusivo de substâncias.

**Palavras-chave:** Alexitimia; Adição; Consumo abusivo; Psicopatia primária; Psicopatia Secundária.

## ABSTRACT

The present study analyzed the relation and manifestation of alexithymia in substance abuse and psychopathy, while also investigating if psychopathy had an influence on the relationship between alexithymia and substance abuse. The sample for the clinical group was composed by men and women, with ages comprised between 19 and 61 years old, in treatment for substance abuse. The sample for the control group was composed by men and women, with ages comprised between 19 and 64 years old, recruited in the community. Alexithymia was evaluated through TAS-20 and LEAS, psychopathy through LSRPS and substance use through ASSIST. The effects of anxiety and depression were also controlled, measured through HADS. The ability to symbolically represent emotions was positively associated with use of opiates, after controlling for the effects of anxiety. The poly-use of substances was also related to this ability. In the control group, but not the clinical, it was also found a strong positive association between alexithymia and psychopathy, namely secondary psychopathy. The ability to symbolically represent emotions was negatively associated with primary psychopathy. The results shown that psychopathy doesn't have an influence on the relationship between alexithymia and substance use. The main implication of this study, since it suggests that there is in fact a relationship between alexithymia and substance use, is in the treatment for substance abuse.

**Keywords:** Alexithymia; Addiction; Substance abuse; Primary Psychopathy; Secondary Psychopathy.

## RÉSUMÉ

Cette étude a analysé la relation et manifestation de l'alexithymie dans la consommation abusive de substances psychoactives et psychopathie, enquête également sur psychopathie aurait des effets sur la relation entre alexithymie et consommation abusive. L'exemple du groupe clinique a été hommes et femmes, âgés de 19 à 61 ans, soumis à un traitement pour la consommation abusive de substances psychoactives. L'exemple de groupe de contrôle a été hommes et femmes, âgés de 19 à 64 ans, recrutés dans la communauté. L'alexithymie a été évaluée par le biais de la TAS-20 et les LEAS, psychopathie de LSRPS et de la consommation par le biais de l'assistance. Ont été également surveillé les effets de l'anxiété et la dépression, mesurée à travers le HADS. La capacité de représenter symboliquement les émotions était corrélée positivement avec la consommation d'opiacés, d'après les effets de l'anxiété contrôlée. Également effectué dans le cadre de la poly consommation de substances psychoactives. Également effectué dans le cadre de la poly consommation de substances psychoactives. Dans le groupe témoin et non pas sur la clinique, se trouvait également une forte association positive entre l'alexithymie et psychopathie, spécifiquement la psychopathie secondaire, dans le groupe témoin. La capacité de représenter symboliquement les émotions a été négativement corrélée avec la psychopathie primaire. Les résultats ont montré que la psychopathie n'a aucune influence sur la relation entre alexithymie et la consommation. Principal de cette étude, puisqu'il suggère que, effectivement, il existe une relation entre l'alexithymie et de la consommation, il en découle dans le traitement de la consommation abusive de substances.

**Mots-clés:** Alexithymie; Addition; Abus de substances; Psychopathie Primaire; Psychopathie secondaire.

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
1. Alexitimia .....	1
2. Variáveis Sociodemográficas Associadas à Alexitimia .....	3
3. Alexitimia e Dependência de Substâncias .....	4
4. Alexitimia, Psicopatia e Dependência de Substâncias .....	8
5. O presente estudo .....	12
<b>Método .....</b>	<b>13</b>
1. Participantes .....	13
2. Materiais .....	14
2.1. Questionário Sociodemográfico .....	14
2.2. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) .....	14
2.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) .....	15
2.4. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). .....	15
2.5. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) .....	16
2.6. Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRPS) .....	16
2.7. Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) .....	16
3. Procedimentos .....	17
3.1. Recolha de dados .....	17
3.2. Análise de dados .....	17
<b>Resultados .....</b>	<b>19</b>
1. Estatísticas descritivas e correlacionais .....	19
2. Estatísticas diferenciais .....	22
2.1. Diferenças entre grupos quanto à alexitimia .....	22
2.2. Relação entre alexitimia e o poli-uso de substâncias .....	23
2.3. Consumo, Psicopatia e Alexitimia .....	23
<b>Discussão .....</b>	<b>25</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>28</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>29</b>



## Introdução

### 1. Alexitimia

O conceito alexitimia, introduzido por Sifneos, em 1973, deriva do grego *a-lexis-thymos* e significa “sem palavras para as emoções” (Sifneos, 1973). Segundo Sifneos, que estudou este conceito em pacientes psicossomáticos, a alexitimia é uma tendência dos indivíduos para agir de forma a evitar situações de conflito e stress, caracterizados pela dificuldade em expressar emoções e por apresentarem um estilo cognitivo pouco fantasioso e utilitário, ou seja mais concreto.

Alguns autores definem a alexitimia como um estado (Al Birt, Şandor, Vaida, & Birt, 2008; de Haan et al., 2013; de Haan et al., 2012a; El Rasheed, 2001; Haviland, Shaw, MacMurray, & Cummings, 1988c; Hendryx, Haviland, & Shaw, 1991; Wise, Mann, & Hill, 1990a; Ziolkowski, Gruss, & Rybakowski, 1995) porque os seus níveis alteram-se significativamente ao longo do tempo (de Haan, van der Palen, Wijdeveld, Buitelaar, & De Jong, 2014). Aliada a estas alterações, a associação com a depressão e a ansiedade em pessoas adictas a substâncias psicoativas (de Haan et al., 2011; de Haan et al., 2012b; Haviland, MacMurray, & Cummings, 1988b), apoia a perspectiva (Haviland, Hendryx, Shaw, & Henry, 1994) de que os níveis de alexitimia tornam-se mais graves como consequência de um estado depressivo ou ansioso (Haviland, Shaw, Cummings, & MacMurray, 1988a). Por outro lado, determinados autores têm defendido que a alexitimia é um traço da personalidade (Evren et al., 2008b; Haviland & Reise, 1996; Kauhanen, Julkunen, & Salonen, 1992; Parker, Bagby, Taylor, Endler, & Schmitz, 1993; Pinard, Negrete, Annable, & Audet, 1996; Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka, & Kauhanen, 1999; Timary, Luts, Hers, & Luminet, 2008; Torrado, Ouakinin, & Bacelar-Nicolau, 2013a; Uzun, 2003; Wise, Mann, & Shay, 1992), alegando que a sua alteração ao longo do tempo não é significativa (Morie, Nich, Hunkele, Potenza, & Carroll, 2015; Timary et al., 2008), constituindo um fator de risco para uma variedade de condições médicas e psiquiátricas (Mikolajczak & Luminet, 2006).

No entanto, segundo Freyberger (1977) e outros autores (De Berardis et al., 2005b; De Berardis et al., 2005a; Haviland et al., 1988a; Haviland et al., 1988b; Parker, Bagby, & Taylor, 1991; Wise, Mann, Mitchell, Hryvniak, & Hill, 1990b), estas duas perspectivas não são mutuamente exclusivas. Segundo os mesmos autores, o constructo de alexitimia emerge de uma associação complexa entre estado e traço, surgindo a divisão do conceito em

alexitimia primária e secundária (Freyberger, 1977). A alexitimia primária caracteriza-se como um traço relativamente estável, típico das pessoas com uma predisposição para perturbações psicossomáticas ou psiquiátricas (Freyberger, 1977). A alexitimia secundária é um estado, visto tratar-se de uma reação à ansiedade ou à depressão resultante de uma doença ou trauma (Haviland et al., 1988a; Haviland et al., 1988b; Parker et al., 1991; Wise et al., 1990b), constituindo assim um fator protetor do impacto emocional que estas situações evocam (De Berardis et al., 2005b; De Berardis et al., 2005a).

Embora não exista consenso quanto à natureza do conceito (Al Bıṙ et al., 2008; de Haan et al., 2014; de Haan et al., 2012a; El Rasheed, 2001; Parker et al., 1991), alguns investigadores têm demonstrado que se trata de um conceito multidimensional (Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, & Berthoz, 2010; Kroner & Forth, 1995) e que a prevalência da alexitimia, na população geral, parece recair sobre 4.1% a 21.4% dos indivíduos (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamaki, 2000; Joukamaa, Saarijarvi, Muuriaisniemi, & Salokangas, 1996; Kokkonen et al., 2001; Lindholm, Lehtinen, Hyyppä, & Puukka, 1990; Lyvers, Onuoha, Thorberg, & Samios, 2012; Mattila, Salminen, Nummi, & Joukamaa, 2006; Modestin, Furrer, & Malti, 2004; Salminen et al., 1999; Uzun, 2003). De acordo com esta perspetiva, Taylor, Bagby e Parker (1992), descrevem a alexitimia como um constructo organizado em componentes emocionais e cognitivas (Taylor, Bagby, & Parker, 1992). No que respeita aos componentes emocionais, os indivíduos alexitímicos caracterizam-se pela (1) dificuldade em identificar e descrever sentimentos ou emoções pessoais (Al Bıṙ et al., 2008; Bruce, Curren, & Williams, 2012; Ciarrochi, Heaven, & Supavadeeprasit, 2008; Keller, Carroll, Nich, & Rounsaville, 1995; Li & Sinha, 2006; Martin & Pihl, 1986) e (2) dificuldade em distinguir estas emoções das sensações somáticas que as acompanham (Evren et al., 2008b; Haviland et al., 1988b; Sifneos, 1973). Esta capacidade reduzida de identificar e descrever experiências fisiológicas e afetivas está também associada a um elevado afeto negativo (Connelly & Denney, 2007). Ao nível dos componentes cognitivos, as pessoas alexitímicas caracterizam-se por (3) falta de imaginação e (4) um padrão de pensamento concreto, externamente orientado e não introspetivo (El Rasheed, 2001; Evren, Dalbudak, & Çakmak, 2008a; Evren et al., 2008b; Kauhanen et al., 1992; Keller et al., 1995; Loas, Otmani, Lecercle, & Jouvent, 2000; Marchesi, Ossola, Tonna, & De Panfilis, 2014; Pinard et al., 1996; Porcelli et al., 2004; Swiatkowski et al., 2004; Taylor, Ryan, & Bagby, 1985; Thorberg et al., 2016a).

As pessoas com traços alexitímicos são, assim, caracterizadas por um padrão comportamental particular, que pode contribuir para explicar uma variedade de perturbações

mentais e fisiológicas (Evren et al., 2008b; Li & Sinha, 2006; Torrado et al., 2013a). Este padrão manifesta-se numa preferência por recorrer à ação para evitar conflitos (Al Birt et al., 2008) e na preocupação com as sensações físicas, focando-se nelas e amplificando-as (Evren et al., 2008b). Assim, a alexitimia integra um défice na consciência, processamento e regulação emocional (De Rick & Vanheule, 2006; Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro, & Kaszniak, 2000). Como consequência, é frequente que estes indivíduos sejam socialmente conformados (Haviland & Reise, 1996; Van Rossum, Laheij, De Doelder, De Jong, & Jansen, 2004), apresentem redes sociais de apoio mais pobres (Hesse & Floyd, 2011), em que as suas relações interpessoais se evidenciam frias, distantes e pouco empáticas (Eid & Boucher, 2012; Grynberg et al., 2010; Haviland, Sonne, & Kowert, 2004; Ridings & Lutz-Zois, 2014), caracterizadas por vinculações inseguras, ansiosas ou evitantes (Mallinckrodt & Wei, 2005), refletindo-se no seu bem-estar e na sua qualidade de vida (Torrado et al., 2013a). Por terem estas dificuldades, estes indivíduos poderão ser mais introvertidos e menos confortáveis em situações sociais (Wise et al., 1992).

## **2. Variáveis Sociodemográficas Associadas à Alexitimia.**

Na população geral, alguns estudos têm vindo a associar a alexitimia com nível socioeconómico mais baixo e baixa escolaridade (Franz et al., 2008; Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson, & Salonen, 1993; Kirmayer & Robbins, 1993; Mattila et al., 2006; Salminen et al., 1999). A explicação apontada para estas associações é que as pessoas com traços alexitímicos, por terem pouco interesse em atividades cognitivas introspetivas e analíticas (Bagby, Taylor, & Parker, 1994b), procuram menos uma educação superior, o que se repercute no seu estatuto social (de Haan et al., 2013; Salminen et al., 1999). No entanto, três estudos também em amostras comunitárias, não encontram qualquer associação entre a alexitimia e as duas variáveis acima discutidas (Gunzelmann, Kupfer, & Braehler, 2002; Parker, Taylor, & Bagby, 1989; Taylor et al., 1985).

Alguns autores encontraram uma correlação negativa entre a alexitimia e a idade (Lyvers et al., 2012; Morrison & Pihl, 1989). Isto pode ser explicado pela perspetiva que defende que a consciência de si e a expressão emocional tendem a melhorar com a idade (Bar-On & Parker, 2000 *cit in* Lyvers, Onuoha, et al., 2012). Contudo, outros estudos reportaram uma correlação positiva da alexitimia com a idade (Kirmayer & Robbins, 1993; Mattila et al., 2006; Saarijärvi, Salminen, Tamminen, & Äärelä, 1993; Salminen et al., 1999).

Esta associação pode resultar da investigação de pessoas mais idosas e estar relacionada com a degradação da saúde física destas pessoas (Joukamaa et al., 1996; Wise et al., 1990b), na medida em que as características alexitímicas poderão surgir após adoecer (Freyberger, 1977; Wise et al., 1990b). O facto de os idosos terem crescido num ambiente cultural distinto, e como tal, poderem ter aprendido a lidar com os seus afetos de maneira diferente das gerações mais novas, também pode explicar esta associação positiva entre idade e alexitimia (Salminen et al., 1999). Por outro lado, também houve investigações que não encontraram nenhuma associação significativa entre idade e alexitimia (Franz et al., 2008; Gunzelmann et al., 2002; Parker et al., 1989; Uzun, 2003), pelo que os achados sobre a relação entre alexitimia e idade são inconsistentes.

Relativamente ao género, vários autores constataram que a expressão da alexitimia nos homens tende a ser maior do que nas mulheres (Franz et al., 2008; Kokkonen et al., 2001; Morrison & Pihl, 1989; Parker et al., 1993; Saarijärvi et al., 1993; Salminen et al., 1999; Smith, 1983). Estes resultados podem ser explicados pelas diferenças de género que existe nas experiências de aprendizagem social na infância, que refletem ideias culturais sobre a forma como os homens e as mulheres devem lidar com as suas emoções (Salminen et al., 1999). Os homens são mais socializados a restringir a sua expressão emocional, enquanto que as mulheres são mais incentivadas a aumentar a sua expressão emocional (Polce-Lynch, Myers, Kilmartin, Forssmann-Falck, & Kliever, 1998). Numa linha explicativa diferente, de acordo com Lumley e Siekly (2000), a alexitimia pode refletir uma manifestação de fatores biológicos nos homens e trauma psicológico nas mulheres. De qualquer modo, também existem estudos em que não se encontrou qualquer associação entre a alexitimia e o género (Gunzelmann et al., 2002; Honkalampi et al., 2000; Joukamaa et al., 1996; Mattila et al., 2006; Parker et al., 1989; Pasini, Delle Chiaie, Seripa, & Ciani, 1992), pelo que os resultados a propósito da relação entre estas variáveis são mistos.

### **3. Alexitimia e Dependência de Substâncias**

A relação entre a alexitimia e comportamentos aditivos, também foi objeto de investigação, embora mais escassa. Qualquer comportamento capaz de interferir com estados psicológicos é passível de se tornar aditivo (Speranza et al., 2004). Speranza e colegas (2004) definem a adição como “uma relação desmedida com uma atividade que tem consequências biológicas, sociais ou psicológicas adversas para a pessoa que se envolve nestes comportamentos” (Speranza et al., 2004, p. 570). Apesar de existirem vários tipos de

adição, neste estudo, focamo-nos apenas na adição a substâncias psicoativas, nomeadamente, tabaco, álcool, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inalantes, ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos, alucinogénios e opiáceos. Este tipo particular de adição, é uma problema de saúde social, com estatísticas preocupantes em todo o mundo (Craparo et al., 2016). Mais especificamente, tem havido uma crescente atenção para o políuso de substâncias (Hoffman, Welte, & Barnes, 2001), pois é um alto fator de risco para os problemas relacionados com o consumo, nomeadamente o abuso e a dependência (Wills, Vaccaro, McNamara, & Hirky, 1996). Estas adições podem conduzir a manifestações de *craving*, ou desejo de consumo que pode ser definido como a experiência subjetiva do desejo pelo objeto de adição (LaRowe, Saladin, Carpenter, & Upadhyaya, 2007; Rohsenow et al., 1992), bem como a fenómenos de neuroadaptação à ingestão das substâncias, nomeadamente à síndrome de abstinência e à tolerância (Speranza et al., 2004).

A investigação recente sugere que as pessoas dependentes de substâncias psicoativas estão predispostas à adição porque sofrem estados afetivos “dolorosos” (El Rasheed, 2001). As pessoas adictas experimentam várias substâncias, selecionando aquela que melhor se adequa às suas necessidades emocionais (Wills et al., 1996). Como tal, a substância não é selecionada ao acaso, mas sim como resultado da interação entre a ação neurobiológica e os afetos negativos com que se debatem. A sua seleção advém, então, da necessidade de aumentar ou aliviar certas emoções que, de outra forma, não seriam capazes de o fazer (El Rasheed, 2001; Taylor, Parker, & Bagby, 1990), como acontece por exemplo, com algumas pessoas com perturbações de ansiedade e que consomem álcool de forma a aliviar os sintomas desta perturbação (Kauhanen et al., 1992). A depressão também está associada à adição (Pinard et al., 1996), tanto como um fator de risco para a dependência, como uma consequência do consumo (Speranza et al., 2004).

De acordo com uma perspetiva cognitivo-desenvolvimental, as pessoas adictas mostram níveis baixos de consciência emocional acerca de si e dos outros (Torrado et al., 2013a). A nível do indivíduo Bonnet e colegas (2013), argumentam que a emocionalidade é um fator a considerar no desenvolvimento de comportamentos de uso de substâncias (Bonnet, Brejard, & Pardinielli, 2013). Na vertente social da adição, esta dificuldade de processar informação emocional, está frequentemente associada a relações interpessoais pobres (Kornreich, 2002; Kornreich et al., 2003), ainda que se admita a presença de outros fatores que tenham parte neste défice social (Craparo et al., 2016). Esta relação pode ser explicada pelo grau de dependência e o estilo de vida que o consumo de uma substância requer (Craparo et al., 2016).

A adição não surge apenas como resultado das propriedades químicas das substâncias, mas também da relação entre a pessoa e o objeto da sua adição, sendo capaz de reorganizar a personalidade do adicto (Speranza et al., 2004). Os comportamentos que surgem da adição, como o abuso de substâncias, podem ser estratégias de regulação do afeto negativo e de reforçar a autoestima, através da automedicação (El Rasheed, 2001; Finn, Martin, & Pihl, 1987; Taylor et al., 1990). Como tal, é sugerido que um défice na regulação de emoções pode constituir um fator de risco para o consumo de substâncias (Torrado et al., 2013a). Por exemplo, Berking e colegas (2011), encontraram uma baixa capacidade de regular as emoções num grupo de pessoas adictas ao álcool, que aumentava a probabilidade de beber durante o tratamento e no *follow-up* de 3 meses (Berking et al., 2011). No entanto, é precisa mais investigação longitudinal.

A prevalência de alexitimia em populações de pessoas adictas a substâncias psicoativas (Al Birt et al., 2008; Bulai & Enea, 2016; Cleland, Magura, Foote, Rosenblum, & Kosanke, 2005; El Rasheed, 2001; Evren et al., 2008b; Haviland et al., 1988b; Lindsay & Ciarrochi, 2009; Mann, Wise, Trinidad, & Kohanski, 1995; Pinard et al., 1996; Pombo, Félix da Costa, Ismail, Cardoso, & Figueira, 2014; Torrado et al., 2013a), varia entre 37.0% e os 75.5% (de Haan et al., 2013; El Rasheed, 2001; Haviland et al., 1988c; Pinard et al., 1996; Rybakowski, Ziółkowski, Zasadzka, & Brzeziński, 1988). A adição a substâncias tem sido associada quer a baixos valores de consciência emocional, quer a dificuldades em descrever emoções (Carton et al., 2010). Estas relações apoiam a ideia de que as pessoas adictas a substâncias psicoativas têm menor capacidade geral para lidar com as emoções, e mais especificamente, maior dificuldade em descrever os seus sentimentos e emoções aos outros. As pessoas com adição a substâncias têm menos competências para processar experiências emocionais, tais como dificuldades em processar e expressar emoções distintas e complexas, mostrando uma tendência para a ação e suavizando a expressão verbal (Torrado et al., 2013a). A literatura também mostra que as pessoas que consomem múltiplas substâncias têm maiores níveis de alexitimia, relação que poderá ser explicada pela possibilidade de os adictos que experimentam várias substâncias terem maior necessidade de lidar com défices emocionais (El Rasheed, 2001).

A alexitimia também pode ser um fator de risco para o abuso de substâncias (Bulai & Enea, 2016; de Haan et al., 2013; Keller et al., 1995; Speranza et al., 2004; Thorberg et al., 2016a; Uzun, 2003; Ziółkowski et al., 1995) e para as recaídas (Loas, Fremaux, Otmani, Lecercle, & Delahousse, 1997; Saladin et al., 2012; Thorberg et al., 2011a). As pessoas com traços alexitímicos podem desenvolver uma adição a substâncias psicoativas de forma a

compensar a falta de autoconhecimento, de *insight*, e de capacidade para lidar com o afeto negativo (Finn et al., 1987; Handelsman et al., 2000; Stasiewicz et al., 2012). Por sua vez, a adição e, conseqüentemente, o uso crônico da substância, pode levar a mudanças estruturais no cérebro e a reduzir a capacidade de decifrar, articular e lidar com emoções (Keller et al., 1995; Speranza et al., 2004), aumentando a necessidade dos consumos (El Rasheed, 2001). A alexitimia também pode ajudar a explicar a dificuldade de algumas pessoas adictas em perceber a natureza das suas respostas a pistas relacionadas com a substância, e como tal, identificar corretamente fenómenos como o *craving* (Franklin et al., 2009; Loas et al., 1997).

Nos adictos, a alexitimia também têm sido associada à depressão e à ansiedade, sendo que quantos maiores os níveis de alexitimia, maiores os níveis de depressão (Haviland et al., 1988b) e ansiedade (Mann et al., 1995; Morie et al., 2015; Pinard et al., 1996). Alguns estudos não encontraram associações entre alexitimia em adictos e problemas relacionados com a substância, como a recaída e o abuso da substância (Keller et al., 1995), bem como características sociodemográficas, como a idade, a escolaridade, o género (Lindsay & Ciarrochi, 2009) e a situação profissional (Morie et al., 2015). No entanto, Pinard e colegas (1996), encontraram uma associação positiva entre a idade e o Pensamento Orientado Exteriormente, um dos fatores da alexitimia, medido pela *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), uma escala de autorrelato. Esta relação sugere que as funções medidas pelo fator Pensamento Orientado Externamente, poderão ser mais plásticos (Pinard et al., 1996).

Lindsay e Ciarrochi (2009), no seu estudo com pessoas adictas em tratamento, não encontraram uma associação significativa entre a TAS-20 e a *Levels of Emotional Awareness Scale* (LEAS), sendo que nesta última não houve diferenças significativas entre o grupo em tratamento e duas amostras comunitárias de pessoas saudáveis e uma amostra de pacientes psiquiátricos. No entanto, o grupo de pessoas adictas teve valores mais altos de alexitimia na TAS-20. A LEAS é uma medida de *performance* que pede aos participantes para descrever os seus sentimentos numa dada situação, assim como os sentimentos da outra pessoa envolvida. Como tal, estes resultados sugerem que as pessoas podem acreditar ter uma capacidade diminuída em lidar com as suas emoções, mas não a terem na verdade. Mesmo assim, estas crenças podem ter um grande impacto no seu comportamento, pois se acreditam que são incapazes de lidar com as suas emoções, podem ficar menos motivados a fazê-lo (Lindsay & Ciarrochi, 2009).

#### 4. Alexitimia, Psicopatia e Dependência de Substâncias

A psicopatia é caracterizada por uma estrutura de personalidade (Louth, Hare, & Linden, 1998b) marcada por uma constelação de traços afetivos, interpessoais e comportamentais, onde estão incluídas características como a impulsividade, mentira patológica, charme superficial, grandiosidade, dominância, promiscuidade sexual, egocentrismo, falta de empatia, culpa, remorsos ou vergonha, manipulação (Hare & McPherson, 1984; Louth et al., 1998b; Neumann, Hare, & Newman, 2007), falta de profundidade emocional, insensibilidade, relações instáveis, bem como uma tendência para comportamentos antissociais (Pham, Ducro, & Luminet, 2010), através de uma violação persistente de normas sociais, com tendência para a violência e a agressão instrumental (Gori et al., 2014; Louth et al., 1998b). Book, Quinsey e Langford (2007) propuseram que as pessoas com altos níveis de psicopatia podem ser caracterizadas por “empatia insensível”, na medida em que compreendem os estados mentais dos outros, mas não nutrem sentimentos pelos mesmos e utilizam este aspeto a seu favor (Book, Quinsey, & Langford, 2007). Daí a sua capacidade para manipular e explorar as outras pessoas (Pham et al., 2010).

As pessoas com altos níveis de psicopatia caracterizam-se por um défice emocional geral (Pham et al., 2010), que parece estender-se para além das emoções de medo e tristeza (Carolan, Jaspers-Fayer, Asmaro, Douglas, & Liotti, 2014). Além disso, estudos laboratoriais indicam que esta população tem dificuldade em processar e utilizar eficazmente as componentes emocionais da linguagem (Day & Wong, 1996; Louth, Williamson, Alpert, Pouget, & Hare, 1998a; Williamson, Harpur, & Hare, 1991). Estas pessoas sabem o significado das palavras, mas sofrem de uma incapacidade de extrair delas conteúdo emocional, como se de “uma segunda língua mal aprendida se tratasse” (Williamson et al., 1991, p. 271).

Num estudo com pessoas que consumiam substâncias psicoativas, Derefinko e Lynam (2007), sugerem que as características da psicopatia encontram-se igualmente distribuídas nos homens e nas mulheres (Derefinko & Lynam, 2007). No entanto, alguns estudos em populações não clínicas verificaram níveis mais elevados de psicopatia nos homens, com estes a apresentarem uma maior tendência para mentir, um comportamento mais manipulador e maior falta de remorsos (Grieve & Mahar, 2010; Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995; Singh, Artech, & Holder, 2011). A psicopatia geral, medida pelo *Hare Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R) também tem sido associada negativamente com a idade (Louth et al., 1998b).



A psicopatia pode ser explicada por vários modelos. Um deles é o designado “modelo de dois fatores” (Blackburn, 1975; Harpur, Hare, & Hakstian, 1989). Neste modelo, o Fator 1 é caracterizado por um empobrecimento interpessoal e afetivo, que contribui para a busca de ganho pessoal sem remorsos, através de comportamentos insensíveis, calculistas, enganadores e manipuladores para com os outros. Os indivíduos com traços marcados do Fator 1 são mais propensos a demonstrar traços narcísicos, desvinculação emocional, dominância social e baixos níveis de ansiedade. Por outro lado, o Fator 2 é caracterizado pela impulsividade e por um estilo de vida antissocial. No Fator 2 encontram-se agrupados traços *borderline*, desviância social, impulsividade e altos níveis de ansiedade (Singh et al., 2011). As características do Fator 1 surgem mais vincadas na estrutura de personalidade que se convencionou designar de Psicopatia Primária, enquanto as características da Psicopatia Secundária correspondem, *grosso modo*, às do Fator 2.

É importante referir que alguns autores defendem que modelos mais elaborados estão mais de acordo com os estudos analíticos da psicopatia (Williams, Paulhus, & Hare, 2007). Outro modelo utilizado para descrever a psicopatia é o de três fatores, resultante da divisão do Fator 1 do modelo supracitado em dois (Cooke & Michie, 2001). Este modelo propõe, então, os seguintes fatores: (1) estilo interpessoal enganador - caracterizado por charme superficial, grandiosidade e manipulação; (2) experiência afetiva deficiente - caracterizado por falta de remorsos, empatia e responsabilidade pessoal; e o (3) estilo comportamental irresponsável - caracterizado pelo fácil aborrecimento, impulsividade, estilo de vida parasitário e irresponsabilidade (Cooke & Michie, 2001).

No presente estudo, utilizámos a perspetiva que caracteriza a psicopatia como podendo ser primária ou secundária, conceitos relacionados com o modelo de dois fatores já descrito (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr, & Loudon, 2007). Tanto na psicopatia primária como na secundária, existe uma propensão para a agressão e atividades criminais que, no entanto, se traduzem em comportamentos diferentes. Se por um lado, os comportamentos antissociais na psicopatia primária parecem ser motivados pela procura de sensações, na psicopatia secundária estes comportamentos são menos planeados e mais impulsivos (Skeem et al., 2007). Uma explicação para estas diferenças pode ser encontrada em estudos que reportam uma correlação negativa entre medidas de psicopatia primária e de inibição comportamental, e uma correlação positiva entre medidas de psicopatia secundária e de ativação comportamental (Wallace, Malterer, & Newman, 2009). A psicopatia primária está associada a uma conduta sem emoção (Levenson et al., 1995), mas a capacidade de perceção emocional parece ser melhor do que na psicopatia secundária (Del Gaizo &

Falkenbach, 2008; Grieve & Mahar, 2010), o que permite uma melhor manipulação dos outros (Grieve & Mahar, 2010). Ao contrário das pessoas com altos níveis de psicopatia primária, as que apresentam níveis elevados de psicopatia secundária têm a capacidade de formar vínculos emocionais com os outros (Lander, Lutz-Zois, Rye, & Goodnight, 2012) e revelam respostas emocionais ou afetivas, tais como ansiedade e culpa (Levenson et al., 1995; Skeem et al., 2007), o que pode levar à necessidade de esconder as suas emoções para conseguirem manipular os outros com sucesso (Grieve & Mahar, 2010). A Psicopatia Secundária tem sido correlacionada negativamente com a idade (Lander et al., 2012) e desejabilidade social (Ridings & Lutz-Zois, 2014). Os homens têm níveis mais altos de ambos os tipos de psicopatia (Lander et al., 2012).

As pessoas com altos níveis de alexitimia e psicopatia têm várias semelhanças (Louth et al., 1998b). Apresentam défices emocionais severos, problemas interpessoais (Guttman & Laporte, 2002; Haviland & Reise, 1996; Kroner & Forth, 1995; Lander et al., 2012; Pham et al., 2010) e dificuldade em compreender os outros (Singh et al., 2011). Têm em comum uma falta de *insight* sobre o seu próprio comportamento e motivações, pouca capacidade de relações próximas e empáticas (Haviland et al., 2004), e têm menos controlo sobre a sua raiva (Wise et al., 1990a).

A alexitimia têm vindo a ser associada com violência e psicopatia (Haviland et al., 2004; Louth et al., 1998b; Singh et al., 2011). Numa população de mulheres adictas a substâncias, Gori e colegas (2014) encontraram níveis maiores de alexitimia associados a níveis maiores de psicopatia (Gori et al., 2014). Ambas as condições são prevalentes em grupos de reclusos (Keltikangas-Järvinen, 1982; Louth et al., 1998b) e em pessoas com adições a substâncias psicoativas (Pham et al., 2010).

Em 1982, Keltikangas-Järvinen verificou que homens condenados por crimes violentos eram incapazes de fantasiar ou expressar pensamentos e emoções, o que poderia qualifica-los como alexitímicos, além de que os resultados do estudo sugeriram que os prisioneiros em causa apresentavam uma estrutura de personalidade psicopática (Keltikangas-Järvinen, 1982).

Contudo, outras manifestações presentes na alexitimia e na psicopatia são diferentes (Pham et al., 2010; Singh et al., 2011). As pessoas com altos níveis de alexitimia tendem a ser mais ansiosas, submissas, objetivas e racionais, moralistas, conformistas e demasiado controladoras das suas necessidades e impulsos (Gage & Egan, 1984; Taylor et al., 1985). As pessoas com altos níveis de psicopatia, por sua vez, tendem a ser mais calmas e relaxadas,

autoindulgentes, dominantes, inconformistas, mostrar pouco controlo dos seus impulsos e expressam sentimentos hostis diretamente (Haviland et al., 2004).

As pessoas com altos níveis de alexitimia têm dificuldade em verbalizar e expressar as suas emoções, embora possam existir “explosões emocionais” (Louth et al., 1998b), enquanto que as pessoas com altos níveis de psicopatia são capazes de o fazer, ainda que de forma simulada, pois as emoções são sentidas de forma superficial (Pham et al., 2010). Especialmente na psicopatia primária, os comportamentos são planeados, premeditados (Haviland et al., 2004), e com pouco envolvimento emocional.

Talvez pelas razões acima, a alexitimia e, mais especificamente, a dificuldade em identificar e descrever emoções, foi positivamente correlacionada com o Fator 2 da PCL-R, caracterizado por um estilo de vida antissocial, impulsividade, tendência para ficar aborrecido, pouco controlo comportamental e desviância social (Grieve & Mahar, 2010; Kroner & Forth, 1995; Louth et al., 1998b). Visto que o Fator 2 agrupa traços característicos da psicopatia secundária (Hicks, Markon, Patrick, Krueger, & Newman, 2004), estes resultados sugerem que existe uma relação positiva da alexitimia com a psicopatia secundária, mas não com a primária (Lander et al., 2012; Ridings & Lutz-Zois, 2014). Esta ausência de relação pode ser explicada por um particular sentido de si grandioso e a tendência para mentir das pessoas com altos níveis de psicopatia primária (Kroner & Forth, 1995; Louth et al., 1998b). Adicionalmente, as pessoas com altos níveis de alexitimia e psicopatia secundária manifestam défices na regulação emocional (Ridings & Lutz-Zois, 2014), caracterizados por ansiedade (Haviland et al., 2004; Karukivi et al., 2010; Louth et al., 1998b) e submissão (Skeem et al., 2007), exibem níveis mais baixos de inteligência emocional e mostram menos controlo sobre as suas emoções e impulsos em comparação com a psicopatia primária (Haviland et al., 2004; Ross, Lutz, & Bailey, 2004; Vidal, Skeem, & Camp, 2010).

É de interesse referir que Lander e colegas (2012), encontraram uma correlação positiva entre psicopatia primária e o fator “Pensamento Orientado Externamente”, medido pela TAS-20, mas não com os outros fatores da alexitimia (Lander et al., 2012). Uma possível explicação para esta associação será a de que pessoas com atributos da psicopatia primária têm uma tendência para prestar atenção ao mundo exterior em vez do interior e conseguem identificar e descrever expressões emocionais nos outros mais precisamente do que pessoas com altos níveis de psicopatia secundária (Del Gaizo & Falkenbach, 2008; Lander et al., 2012), utilizando estas suas capacidades para manipular os outros.

## 5. O presente estudo

A importância de estudar a alexitimia no consumo de substâncias tem vindo a ser referida (Evren et al., 2008c; Haviland et al., 1988b; Haviland et al., 1988c; Uzun, 2003), nomeadamente pelas implicações que pode ter no tratamento da dependência e abuso de substâncias psicoativas (Bruce et al., 2012; Cleland et al., 2005; Rybakowski et al., 1988; Speranza et al., 2004), inclusive para “melhorar a aliança terapêutica e um tratamento apropriado para esta categoria de pacientes” (El Rasheed, 2001, p. 21). Bruce, Curren e Williams (2012) referiram, por exemplo, que pode ser útil modificar um programa de tratamento de forma a lidar com as motivações que levam as pessoas a consumir álcool, de forma a reduzir o consumo problemático nos indivíduos com altos níveis de alexitimia (Bruce et al., 2012). Tanto quanto é do nosso conhecimento, apenas um estudo acerca destas relações foi feito em Portugal (Torrado et al., 2013a).

Também tem sido sugerida a relevância de estudar a associação entre alexitimia e psicopatia, nomeadamente “explorar as semelhanças e diferenças do conteúdo e estrutura cognitiva das pessoas com alexitimia, psicopatia primária versus secundária” (Ridings & Lutz-Zois, 2014, p. 18). Craparo e colegas (2016) sugeriram que a investigação futura poderia analisar as ligações entre alexitimia, traços psicopáticos, síndrome de abstinência e reconhecimento emocional, em populações de adictos (Craparo et al., 2016).

Considerando a literatura sumariamente descrita acima, este estudo tem como objetivo responder às seguintes questões de investigação: (1) Qual a relação e a manifestação da alexitimia em pessoas com problemas de consumo abusivo de substâncias psicoativas?; (2) Qual a relação e a manifestação da alexitimia na psicopatia? e (3) Poderão as pessoas com problemas de consumo abusivo de substâncias psicoativas apresentar níveis mais elevados de alexitimia e esta relação ser mediada pela psicopatia?

## Método

### 1. Participantes

Neste estudo foram recolhidas amostras por conveniência tanto para o grupo clínico como para o grupo de controlo e cada uma delas foi composta por 15 homens e cinco mulheres ( $N = 40$ ). Os critérios de exclusão para ambas as amostras foram ter idade inferior a 18 anos, ter conhecimento insuficiente da língua portuguesa e apresentar indícios de défice cognitivo – despiste realizado com a aplicação do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA).

Os participantes do grupo clínico (consumo abusivo de substâncias) foram recrutados na Comunidade Terapêutica do Meilão ( $n = 1$ ) e na Comunidade Terapêutica Cleanic ( $n = 19$ ), após a devida autorização de ambas instituições. Os participantes tiveram idades compreendidas entre 19 e 61 anos ( $M = 39.7$ ;  $DP = 10.3$ ) e escolaridade vertical entre os quatro e os 17 anos ( $M = 10.6$ ;  $DP = 3.66$ ).

Os participantes do grupo de controlo ( $n = 20$ ) foram recrutados na comunidade, tiveram idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos ( $M = 43.8$ ;  $DP = 13.0$ ) e escolaridade entre os 3 e os 16 anos ( $M = 10.7$ ;  $DP = 3.60$ ). A este grupo adicionou-se o critério de exclusão reportar um consumo abusivo de qualquer substância (consumo diário de longa duração, com incapacidade de redução do consumo e prejuízo das atividades de vida diária). O nível socioeconómico e a situação profissional de ambos os grupos estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1

*Nível socioeconómico e situação profissional dos participantes*

Característica	Grupo clínico	Grupo de controlo	Total
Nível socioeconómico			
Baixo	7	4	11
Médio	11	15	26
Alto	2	1	3
Situação Profissional			
Desempregado/a	9	3	12
Trabalho fixo	7	12	19
Trabalho intermitente	1	1	2
Estudante	1	1	2
Trabalhador/a estudante	1	1	2
Reformado/a	1	2	3

As amostras encontravam-se estatisticamente emparelhadas quanto à escolaridade,  $t(38) = -0.087, p = 0.931$ , e quanto à idade,  $t(38) = -1.11, p = .276$ .

Todos os participantes assinaram o consentimento informado e não houve lugar a qualquer tipo de compensação pela sua participação no estudo.

## **2. Materiais**

Tendo em conta que não existe uma bateria de testes capaz de dar resposta às questões de investigação, foi desenvolvido um protocolo de avaliação com base na literatura, constituído por um questionário sociodemográfico, a *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), a *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), a *Levenson Self-Report Psychopathy Scale* (LSRPS) e a *Levels of Emotional Awareness Scale* (LEAS). Com este protocolo pretendeu-se medir principalmente as variáveis alexitimia, psicopatia e consumo abusivo, e secundariamente a ansiedade e a depressão. Os resultados do MoCA foram apenas utilizados para despiste e como tal não serão incluídos na análise dos resultados.

### **2.1. Questionário Sociodemográfico**

Para a caracterização da amostra foi desenvolvido um questionário sociodemográfico que incluiu cinco variáveis: idade, sexo, nível socioeconómico, situação profissional e a escolaridade vertical, que se define pelo número de anos de escolaridade concluídos com sucesso.

### **2.2. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**

O MoCA (Nasreddine et al., 2005) trata-se de um instrumento breve de rastreio cognitivo que, de forma rápida, prática e eficaz, faz a distinção entre os desempenhos de adultos com funcionamento cognitivo normativo e adultos com provável défice cognitivo. O MoCA, através de diversas tarefas, avalia oito domínios cognitivos: funções executivas, capacidades visuo-espaciais, memória a curto prazo, linguagem, atenção, concentração, memória de trabalho e orientação temporal e espacial (Nasreddine et al., 2005). A pontuação máxima é de 30 pontos.

A inclusão deste instrumento no presente estudo teve como objetivo excluir participantes com pontuação inferior ao ponto de corte para a respetiva escolaridade/idade, o que é sugestivo de défice cognitivo. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas na população portuguesa ( $\alpha = .775$ ) (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011).

### **2.3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

Quando se estuda a associação entre a alexitimia e o consumo de substâncias a literatura aconselha o controlo do humor negativo, nomeadamente da ansiedade e da depressão (Evren et al., 2008a; Lyvers et al., 2012; Thorberg et al., 2011a; Thorberg et al., 2016b). Para proceder a esse controlo recorreu-se à *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). A HADS é um instrumento de rastreio para a ansiedade e depressão (Zigmond & Snaith, 1983), que se foca em como o participante se tem sentido na última semana. É composta por 14 itens, em que sete medem a ansiedade e os outros sete a depressão. Os itens são pontuados de 0 a 3, perfazendo um máximo de 21 pontos para cada subescala. O instrumento é válido para aplicar na comunidade (Pais-Ribeiro et al., 2007), apesar de ter sido inicialmente concebido para contextos hospitalares (Zigmond & Snaith, 1983). A versão portuguesa demonstrou uma boa consistência interna, designadamente com um alpha de Cronbach de .76 para a ansiedade e de .81 para a depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007).

### **2.4. Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).**

O ASSIST é um teste que permite detetar a gravidade do consumo de tabaco, álcool, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina (ETA), inalantes, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (sem prescrição médica; ASH), alucinogénios, opiáceos e outras (SICAD, n.d.). O teste é constituído por oito questões relacionadas com o consumo das substâncias supracitadas, mas são pontuadas apenas seis questões por substância, com a exceção do tabaco, em que são cotadas cinco. As questões 2 a 7 são respondidas por meio de uma escala de Likert. A pontuação máxima é de 31 pontos para o tabaco e de 39 pontos para as restantes substâncias. O risco do consumo é categorizado em três níveis: baixo risco (0-3, à exceção do álcool, onde se considera entre 0-10 pontos); risco moderado (4-26, à exceção do álcool que varia entre 11 e 26); e alto risco (27 ou mais pontos).

A inclusão do ASSIST teve como objetivo avaliar o consumo de diferentes substâncias de modo a analisar, se possível, a manifestação da alexitimia em cada caso (Haviland et al., 1988c; Saladin et al., 2012).

## **2.5. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)**

A TAS-20 é uma escala de autorrelato, composta por 20 questões. A sua pontuação é obtida através da utilização de uma escala tipo Likert, com 5 pontos. Este instrumento fornece-nos uma pontuação geral de alexitimia e uma pontuação de três fatores que integram este constructo, designadamente: (1) dificuldade em identificar e (2) descrever sentimentos, e (3) pensamento orientado externamente (Bagby, Parker, & Taylor, 1994a). A versão portuguesa demonstrou uma boa consistência ( $\alpha = .75$ ) (Verissimo, 2001).

## **2.6. Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRPS)**

A LSRPS (Levenson et al., 1995) trata-se de um instrumento com 26 itens que permite medir os níveis de psicopatia em amostras não forenses (Barbosa, Gonçalves, Almeida, Ferreira-Santos, & Marques-Teixeira, 2014). Nesta escala, a psicopatia é dividida em dois domínios, primária e secundária (Barbosa et al., 2014), e valores mais altos representam níveis mais altos de psicopatia. A pontuação de cada item varia entre 1 a 4, que vai desde o “discordo totalmente” ao “concordo totalmente”. Este instrumento não foi ainda validado para a população portuguesa, encontrando-se apenas traduzido e adaptado; como tal, a sua utilização limita-se a fins científicos (Barbosa et al., 2014).

## **2.7. Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS)**

A LEAS (Lane, Quinlan, Schwartz, Walker, & Zeitlin, 1990) é um instrumento que apresenta 20 situações hipotéticas com o objetivo de avaliar a capacidade de representar simbolicamente as emoções através das palavras. Cada cenário envolve duas pessoas e todos foram concebidos de forma a evocar quatro tipos de emoções básicas: raiva, medo, alegria ou tristeza (Torrado et al., 2013). Os participantes são instruídos a utilizar o verbo “sentir” e a dar respostas livres, cuja extensão fica a seu critério. No presente estudo foi utilizada a versão reduzida, composta por 10 cenários. As respostas são pontuadas por níveis e são avaliadas em três dimensões: o “próprio”, o “outro” e total. O nível das dimensões pode variar entre o 1 e o 4 (para o “próprio” e o “outro”) e entre 1 e 5 (para a pontuação total). Quanto maior o nível, mais emoções complexas os participantes demonstram nas suas respostas. O nível 5 é atribuído na pontuação total quando o indivíduo atinge o nível 4 nas outras duas dimensões. A versão portuguesa apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha = .79$ ) (Torrado, Ouakinin, & Lane, 2013b).



A administração da LEAS complementa a TAS-20 visto alguns autores advogarem a utilização de medidas adicionais às de autorrelato (Carton et al., 2010; El Rasheed, 2001; Haviland et al., 1988c; Li & Sinha, 2006; Pham et al., 2010; Pombo et al., 2014; Thorberg et al., 2011b), porque se as pessoas com alexitimia têm dificuldade em identificar, descrever e diferenciar emoções, podem ter dificuldade em se autoavaliar corretamente (Evren et al., 2008b; Lyvers et al., 2012; Morie et al., 2015; Thorberg et al., 2016b). Como a LEAS e a TAS-20 são consideradas medidas complementares (Lane, Sechrest, & Riedel, 1998), foram ambas incluídas no protocolo. Para a utilização desta escala foi necessária autorização por parte dos autores que a adaptaram e validaram para a população portuguesa (Anexo 1).

### **3. Procedimentos**

#### **3.1. Recolha de dados**

No caso do grupo clínico, a aplicação do protocolo foi feita individualmente, numa sala da comunidade terapêutica que providenciasse as condições necessárias para o participante responder a cada teste confortavelmente e com privacidade. No caso do grupo de controlo, a aplicação do protocolo foi feita em casa dos participantes.

A aplicação do protocolo decorreu de forma semelhante: numa fase inicial foi apresentado aos participantes o estudo e os respetivos objetivos, e foram esclarecidas eventuais dúvidas que pudessem existir sobre o mesmo. Após todos os esclarecimentos, os participantes assinaram o consentimento informado. Por fim, procedeu-se à aplicação dos testes pela ordem em que foram descritos. A ordem dos testes foi assim designada de forma a que os indivíduos não respondessem consecutivamente às escalas que pretendemos usar para a análise da alexitimia (TAS-20 e LEAS).

Todos os protocolos foram aplicados pela mesma investigadora e tiveram uma duração média de 50 minutos, aproximadamente. A aplicação foi feita em apenas uma sessão, sendo permitido um intervalo entre testes quando necessário.

#### **3.2. Análise de dados**

Foram calculadas estatísticas descritivas, nomeadamente de tendência central (médias) e de dispersão (desvios-padrão), assim como estatísticas diferenciais para resposta às questões de investigação.

As Estatísticas descritivas foram feitas a partir do programa *Microsoft Office Excel 2016* e a restante análise estatística a partir do programa *SigmaPlot 13.0*, e foram utilizados os seguintes métodos paramétricos: Correlação de Pearson, Testes t para Amostras Independentes, Regressão Logística Múltipla e Análise de Covariância (ANCOVA). Para verificação dos pressupostos das análises paramétricas foram efetuados os testes de normalidade (Shapiro-Wilk) e de homogeneidade (Levene e Brown-Forsythe). Nos casos em que se observaram violações dos pressupostos de normalidade e/ou homogeneidade, efetuaram-se os testes não paramétricos correspondentes, mas atendendo a que os seus resultados foram idênticos aos das estatísticas paramétricas, reportaram-se apenas as últimas.

## Resultados

### 1. Estatísticas descritivas e correlacionais

O grupo clínico obteve pontuações entre 17 e 30 no MoCA ( $M = 23.8$ ;  $DP = 3.29$ ), enquanto as pontuações do grupo de controlo posicionaram-se entre os 20 e 30 valores ( $M = 25.1$ ;  $DP = 2.70$ ).

Relativamente à HADS, as pontuações do grupo clínico variaram entre 1 e 18 para a Ansiedade ( $M = 9.35$ ;  $DP = 5.41$ ) e 0 a 11 para a Depressão ( $M = 6.10$ ;  $DP = 3.23$ ). Por sua vez, o grupo de controlo obteve pontuações entre 0 e 15 na Ansiedade ( $M = 6.25$ ;  $DP = 3.97$ ) e entre 0 e 11 na Depressão ( $M = 5.00$ ;  $DP = 2.88$ ).

Na LEAS o grupo clínico variou entre os valores de 16 e 36 ( $M = 28.3$ ;  $DP = 5.73$ ), na pontuação total, entre 15 e 33 ( $M = 24.1$ ;  $DP = 6.04$ ) na dimensão “Próprio”, e entre 8 e 32 ( $M = 20.8$ ;  $DP = 5.73$ ) na dimensão “Outro”. No grupo de controlo, as pontuações totais encontraram-se entre 24 e 40 ( $M = 29.1$ ;  $DP = 3.91$ ), entre 10 e 35 ( $M = 24.1$ ;  $DP = 5.52$ ) na dimensão “Próprio”, e entre 12 e 33 ( $M = 21.9$ ;  $DP = 4.72$ ) na dimensão “Outro”.

Os resultados obtidos no ASSIST, na TAS-20 e na LSRPS estão expostos no Quadro 2, 3 e 4 respetivamente.

Quadro 2

*Resultados obtidos no ASSIST*

Substância	Grupo Clínico				Grupo de Controlo				N
	mín	máx	M (DP)	n	mín	máx	M (DP)	n	
Tabaco	6	28	18.6 (6.24)	19	2	26	14.3 (8.41)	9	28
Álcool	3	34	17.4 (11.1)	12	2	25	9.27 (6.71)	15	27
Cannabis	9	33	21.6 (10.7)	9	0	0	-	0	9
Cocaína	2	39	29.8 (9.90)	14	0	0	-	0	14
ETA	2	39	14.3 (17.2)	4	0	0	-	0	4
Inalantes	8	8	-	1	0	0	-	0	1
ASH	3	39	20.0 (11.3)	10	0	0	-	0	10
Alucinogénios	2	3	2.50 (0.707)	2	0	0	-	0	2
Opiáceos	14	39	31.0 (8.37)	12	0	0	-	0	12
Outras	26	26	-	1 <sup>a</sup>	0	0	-	0	1

<sup>a</sup>A substância consumida por este participante é a *Flakka*, um estimulante.

### Quadro 3

#### *Resultados obtidos na TAS-20*

	Grupo Clínico				Grupo de Controlo			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Total	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Total
Média	21.7	14.8	18.0	54.4	16.6	13.8	20.8	51.2
DP	8.61	5.91	3.86	14.8	6.73	3.49	4.12	11.3

### Quadro 4

#### *Resultados obtidos na LSRPS*

	Grupo Clínico			Grupo de Controlo		
	Psicopatia Primária	Psicopatia Secundária	Total	Psicopatia Primária	Psicopatia Secundária	Total
Média	31.0	25.5	56.0	30.8	20.7	51.5
DP	7.03	4.77	7.71	6.29	5.02	8.52

De forma a analisar a validade convergente entre a TAS-20 e a LEAS, foi conduzida uma Correlação de Pearson entre os fatores das escalas. Desta forma foi feito o somatório das pontuações dos participantes nas dimensões “Próprio” e “Outro” da LEAS. Estas relações estão descritas no Quadro 5, destacando-se correlações significativas negativas entre o Fator 1 da TAS-20 (dificuldade em identificar sentimentos) e ambas as dimensões da LEAS, assim como entre a dimensão “Outro” da LEAS e quer a pontuação do Fator 2 (dificuldade em descrever sentimentos), quer a pontuação total da TAS-20. Não se observaram quaisquer correlações significativas para o Fator 3 (pensamento orientado externamente) da TAS-20 o que, combinado com os resultados que se descrevem em baixo, pode sugerir a escassa validade dos itens deste fator para a medição da alexitimia.

Foi também calculada a consistência interna dos fatores dos instrumentos supracitados, tendo em conta o tamanho da amostra. Para os Fator 1, Fator 2 e Fator 3 da TAS-20 obtiveram-se valores de  $\alpha = .85$ ,  $\alpha = .63$  e  $\alpha = .25$ , respetivamente, significando uma consistência insatisfatória para o último dos fatores. Nas dimensões da LEAS, “Próprio” e “Outro”, encontraram-se valores de  $\alpha = .67$  e  $\alpha = .49$ , respetivamente, ou seja, próximo do aceitável no primeiro caso, mas pobre no segundo.

## Quadro 5

### Correlações entre os fatores da TAS-20 e as dimensões da LEAS

	TAS-20			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Total
LEAS				
Próprio	-.34 *	-.22	.047	-.28
Outro	-.32 *	-.32 *	-.13	-.36 *
Total	-.30	-.21	.062	-.24

\*  $p < .05$

Relativamente à *Ansiedade e Depressão*, medidas pela HADS, no grupo clínico foram encontradas correlações positivas moderadas entre a *Ansiedade* e o Fator 1,  $r(20) = .62$ ,  $p = .004$ , o Fator 2,  $r(20) = .65$ ,  $p = .002$ , e a pontuação total,  $r(20) = .66$ ,  $p = .002$ , da TAS-20; entre o Fator 3 e a *Ansiedade* não foi encontrada qualquer relação significativa. A *Ansiedade* também não se correlacionou com a LEAS neste grupo.

No grupo de controlo não houve qualquer associação significativa entre a *Ansiedade* e os fatores e pontuação total da TAS-20 e as duas dimensões da LEAS. No entanto, houve uma correlação negativa moderada entre a *Ansiedade* e a pontuação total da LEAS,  $r(20) = -.51$ ,  $p = .021$ .

No que toca à *Depressão*, no grupo clínico, foram encontradas correlações positivas moderadas com o Fator 1,  $r(20) = .56$ ,  $p = .010$ , o Fator 2,  $r(20) = .66$ ,  $p = .001$ , e a pontuação total,  $r(20) = .57$ ,  $p = .009$ , da TAS-20; entre a *Depressão* e o Fator 3 não foi encontrada qualquer relação significativa. Entre a *Depressão* e a LEAS apenas foi encontrada uma associação negativa moderada com a dimensão “Outro”,  $r(20) = -.45$ ,  $p = .049$ .

No grupo de controlo, apenas foi encontrada uma correlação positiva moderada entre a *Depressão* e o Fator 3 da TAS-20,  $r(20) = .62$ ,  $p = .003$ . Não foi encontrada qualquer relação significativa entre a *Depressão* e os restantes fatores e Pontuação Total da TAS-20, assim como com a LEAS.

No que concerne à relação entre o consumo, medido pelo ASSIST e os fatores e a pontuação total da TAS-20 não foi encontrada nenhuma correlação significativa. Com a LEAS, foram encontradas correlações positivas altas entre a categoria “Opiáceos” do ASSIST e a dimensão “Próprio”,  $r(20) = .81$ ,  $p = .001$ , a dimensão “Outro”,  $r(20) = .79$ ,  $p =$

.002, e a pontuação total,  $r(12) = .77, p = .004$  da LEAS; foi ainda encontrada uma correlação positiva moderada entre a categoria “Tabaco” e a dimensão “Outro”,  $r(19) = .50, p = .028$ .

## 2. Estatísticas diferenciais

Para testar diferenças entre *Grupos* (Clínico, Controlo), foram utilizadas ANCOVAs para controlar o efeito da *Ansiedade* e da *Depressão* (medidas pela HADS), nos valores de *Alexitimia* (medidas pela TAS-20 e a LEAS, quer em pontuações totais, quer nas pontuações dos fatores 1 e 2 e das dimensões “Próprio” e “Outro”, em modelos separados). Dado que os indicadores psicométricos do Fator 3 da TAS-20 foram insatisfatórios, as pontuações deste Fator não foram consideradas nas análises subsequentes. Quando não se obtiveram efeitos da *Ansiedade*, nem da *Depressão*, as ANCOVAs foram substituídas por Testes t para Amostras Independentes.

### 2.1. Diferenças entre grupos quanto à alexitimia

**Pontuação total da TAS-20.** Atendendo a que não foram encontrados efeitos significativos da *Ansiedade*,  $F(1,36) = 4.10, p = .050$ , nem da *Depressão*,  $F(1,36) = 2.90, p = .097$ , sobre a pontuação total da TAS-20, procedeu-se, então, a um Teste t para Amostras Independentes para testar diferenças entre grupos, que não se revelaram significativas,  $t(38) = 0.780, p = .220$ .

**Pontuação do Fator 1 (“identificar sentimentos”) da TAS-20.** Também não foram encontrados efeitos significativos da *Ansiedade*,  $F(1,36) = 2.84, p = .100$ , nem da *Depressão*,  $F(1,36) = 1.51, p = .227$ , sobre a pontuação do Fator 1 da TAS-20. O Teste t para Amostras Independentes revelou diferenças significativas entre grupos,  $t(38) = 2.09, p = .028$ , sendo que o grupo clínico ( $M = 21.7; DP = 8.61$ ) apresentou valores maiores comparativamente ao grupo de controlo ( $M = 16.6; DP = 6.73$ ).

**Pontuação do Fator 2 (“descrever sentimentos”) da TAS-20.** Foi encontrado um efeito significativo da *Ansiedade* nas pontuações do Fator 2,  $F(1,36) = 5.30, p = .027$ , mas não da *Depressão*,  $F(1,36) = 2.26, p = .142$ . Uma vez controlada a *Ansiedade*, não foi encontrado um efeito significativo do *Grupo* ( $F < 1$ ).

**Pontuação total da LEAS.** Não foram encontrados efeitos significativos da *Ansiedade*, ( $F < 1$ ), nem da *Depressão*,  $F(1,36) = 1.04, p = .314$ . Procedeu-se, então, a um

Teste t para Amostras Independentes para testar diferenças entre grupos, que não se revelaram significativas,  $t(38) = -0.516, p = .305$ .

**Pontuação na dimensão “Outro” da LEAS.** Não foram encontrados efeitos significativos da *Ansiedade*, ( $F < 1$ ), nem da *Depressão*,  $F(1,36) = 2.69, p = .110$ , sobre a dimensão “Outro” da LEAS. O Teste t para Amostras Independentes não revelou diferenças significativas entre grupos,  $t(38) = -0.663, p = .256$ .

## **2.2. Relação entre alexitimia e o poli-uso de substâncias**

O teste não-paramétrico Fisher’s Exact foi conduzido para analisar a relação entre os fatores e a pontuação total da TAS-20 e da LEAS e o poli-uso de substâncias. Os grupos foram divididos entre baixa e alta pontuação, utilizando a mediana daqueles instrumentos como ponto de corte. Para definir o poli-uso, dicotomizado em “sim” ou “não”, foram apenas considerados os participantes que se enquadraram na dimensão Alto Risco em duas ou mais categorias do ASSIST.

No grupo clínico, não foi encontrada nenhuma relação significativa entre os fatores da TAS-20 e o poli-uso, nem entre a pontuação total da TAS-20 e o poli-uso. Contudo, foi encontrada uma associação entre o poli-uso e a pontuação total da LEAS ( $p = .023$ ), sendo que os participantes com alta pontuação têm maior probabilidade de ter poli-uso.

No grupo de controlo não foi realizada esta análise por não haver nenhum participante que reportasse poli-uso de substâncias.

## **2.3. Consumo, Psicopatia e Alexitimia**

Foi realizada uma Correlação de Pearson para analisar a relação entre a *Psicopatia Primária*, a *Psicopatia Secundária* e a pontuação total da LSRPS, por um lado, e os fatores e a pontuação total da TAS-20 e da LEAS, por outro.

No grupo clínico não foi encontrada nenhuma relação significativa entre as variáveis supracitadas.

Por sua vez, no grupo de controlo foi encontrada uma correlação negativa moderada da *Psicopatia Primária* com a dimensão “Próprio” da LEAS,  $r(20) = -.49, p = .0291$ .

Foram também encontradas correlações positivas moderadas da *Psicopatia Secundária* com o Fator 1,  $r(20) = .57, p = .009$ , bem como com o Fator 2 da TAS-20,  $r(20) = .64, p = .002$  e, ainda, uma correlação positiva alta com a pontuação total desta mesma escala,  $r(20) = .74, p < .001$ .

Foram igualmente encontradas correlações moderadas positivas entre a pontuação total da LSRPS e o Fator 1,  $r(20) = .65, p = .002$ , o Fator 2,  $r(20) = .56, p = .010$ , e a pontuação total,  $r(20) = .69, p < .001$ , da TAS-20.

Assim, foram utilizadas ANCOVAs para controlar o efeito da *Psicopatia Secundária* (medida pela LSRPS) no cálculo das diferenças de *Grupo* (Clínico, Controlo) nos valores de *Alexitimia* (medida pela TAS-20), quer em pontuações totais, quer nas pontuações dos fatores, em modelos separados. Em específico, na dimensão “Próprio” da LEAS, foi controlado o efeito da *Psicopatia Primária*.

**Pontuação total da TAS-20.** Foi encontrado um efeito significativo da *Psicopatia Secundária* na pontuação total da TAS-20,  $F(1,37) = 9.02, p = .005$ . Uma vez controlada a *Psicopatia Secundária*, não foi encontrado um efeito significativo do *Grupo* ( $F < 1$ ).

**Pontuação do Fator 1 (“identificar sentimentos”) da TAS-20.** Foi encontrado um efeito significativo da *Psicopatia Secundária* nas pontuações do Fator 1 da TAS-20,  $F(1,37) = 4.81, p = .035$ . Uma vez controlada a *Psicopatia Secundária*, não foi encontrado um efeito significativo do *Grupo* ( $F < 1$ ).

**Pontuação do Fator 2 (“descrever sentimentos”) da TAS-20.** Foi encontrado um efeito significativo da *Psicopatia Secundária* nas pontuações do Fator 2 da TAS-20,  $F(1,37) = 7.73, p = .009$ . Uma vez controlada a *Psicopatia Secundária*, não foi encontrado um efeito significativo do *Grupo* ( $F < 1$ ).

**Pontuação na dimensão “Outro” da LEAS.** Não foi encontrado um efeito significativo da *Psicopatia Primária*, ( $F < 1$ ), sobre a dimensão “Outro” da LEAS. O Teste t para Amostras independentes apresenta os resultados já acima descritos.



## Discussão

Este estudo teve por objetivo principal analisar a relação entre o consumo abusivo de substâncias psicoativas e manifestações de alexitimia. Pretendeu-se ainda verificar se a psicopatia teria alguma influência na relação entre alexitimia e consumo abusivo, aspeto que parece não ter sido estudado. Alguns dos nossos resultados foram de encontro com a literatura acerca destas temáticas. Outros revelaram-se opostos e outros ainda não foram previamente reportados nesta área de investigação.

Neste estudo, encontrou-se uma relação quer da ansiedade, quer da depressão com alexitimia, mais especificamente com a dificuldade em identificar e descrever emoções nas pessoas com consumo abusivo, o que é consistente com a literatura que tem vindo a associar a alexitimia ao afeto negativo (Connelly & Denney, 2007; de Haan et al., 2011; de Haan et al., 2012b; Haviland et al., 1988b). Também se verificou, no grupo de controlo, uma relação negativa entre a capacidade em representar simbolicamente as emoções no geral e a ansiedade, assim como uma associação entre a depressão, o pensamento orientado externamente e a capacidade em representar simbolicamente as emoções dos outros.

Uma descoberta interessante do presente estudo é a relação entre a capacidade de representar simbolicamente as emoções e o poli-uso de substâncias, visto que tem havido uma crescente atenção para este fenómeno (Hoffman et al., 2001). No entanto, a relação não teve a direção que seria de esperar, na medida em que os participantes com maior capacidade para representar simbolicamente as emoções, tinham maior probabilidade de se inserir na categoria de poli-uso. Estes resultados contrastam com a literatura que sugere que as pessoas com consumo abusivo de substâncias e altos níveis de alexitimia apresentam uma maior dificuldade em lidar com as suas emoções e principalmente em identificá-las; como tal, tendem a experimentar várias substâncias até encontrar aquela que melhor se adequa às suas necessidades emocionais (Wills et al., 1996).

A alexitimia tem vindo a ser relacionada com a psicopatia (Haviland et al., 2004; Keltikangas-Järvinen, 1982; Louth et al., 1998b; Singh et al., 2011). Inesperadamente, encontrou-se na presente investigação uma forte associação positiva entre alexitimia e psicopatia, mais especificamente psicopatia secundária, no grupo de controlo, mas não no grupo clínico, ainda que a psicopatia secundária pareça ter um efeito na capacidade de descrever emoções no conjunto das pessoas por nós investigadas.

Por ora, uma possível explicação para a relação da alexitimia com a psicopatia secundária mas não com a primária, apoiada pela literatura (Lander et al., 2012; Ridings & Lutz-Zois, 2014), é que esta última está associada a uma conduta sem emoção (Levenson et al., 1995), mas a capacidade de percepção emocional parece ser melhor do que na psicopatia secundária (Del Gaizo & Falkenbach, 2008; Grieve & Mahar, 2010). Outra possível explicação é que será a desregulação emocional a fazer a ligação entre psicopatia secundária e alexitimia, visto que ambas têm em comum níveis de ansiedade potencialmente altos (Haviland et al., 2004; Louth et al., 1998b; Skeem et al., 2007). Contudo é necessária mais investigação de forma a perceber que mecanismos levam a esta associação da alexitimia com a psicopatia secundária.

Por fim, foi também encontrada uma associação negativa moderada entre a capacidade de representar simbolicamente as próprias emoções e a psicopatia primária. Estes resultados vão de encontro com a literatura que sugere que as pessoas com altos níveis de psicopatia caracterizam-se por um défice emocional geral (Pham et al., 2010), que parece estender-se para além das emoções de medo e tristeza (Carolan, Jaspers-Fayer, Asmaro, Douglas, & Liotti, 2014), e que têm uma dificuldade em processar e utilizar eficazmente as componentes emocionais da linguagem (Day & Wong, 1996; Louth, Williamson, Alpert, Pouget, & Hare, 1998a; Williamson, Harpur, & Hare, 1991). Ainda, a literatura refere que as pessoas com altos níveis de psicopatia têm falta de *insight* sobre o seu próprio comportamento e motivações, pouca capacidade de relações próximas e empáticas (Haviland et al., 2004), e têm menos controlo sobre a sua raiva (Wise et al., 1990a), o que pode ser explicado pelos nossos resultados.

Relativamente à terceira questão de investigação deste estudo, os resultados mostram que a psicopatia secundária parece ter uma influência na relação entre a alexitimia e o consumo abusivo de substâncias. Para além disso, uma vez controlada a psicopatia secundária, não houve efeitos dos grupos (clínico e de controlo) na alexitimia, mais especificamente na dificuldade em identificar sentimentos, ligação esta que foi já explicada nesta discussão. No entanto, investigações futuras, com um maior número de participantes, são requeridas para analisar mais convenientemente estas relações.

Este estudo não decorreu sem as suas limitações metodológicas. A mais evidente é o tamanho das amostras, principalmente no que respeita ao número de mulheres, prevenindo assim que se tirem ilações sobre as possíveis diferenças de sexo. Além da modesta dimensão das amostras, estes resultados foram obtidos com pessoas em tratamento; portanto, não podem generalizar-se a outras populações, mesmo com problemas de consumo abusivo,

como aquelas que continuam a consumir. De notar, aliás, que não foi tido em conta o tempo com que cada participante já estava em tratamento e, como tal, não pudemos saber se o tempo de tratamento tem influencia nos resultados que se obtiveram nas escalas de alexitimia.

Seria também importante realizar estudos longitudinais, de forma a examinar a estabilidade da alexitimia e explorar até que ponto se trata de uma causa ou consequência do consumo abusivo de substâncias.

Relativamente à psicopatia, visto tratar-se de uma estrutura de personalidade (Louth et al., 1998b), onde estão incluídas características como a mentira patológica e a manipulação (Hare & McPherson, 1984; Louth et al., 1998b; Neumann et al., 2007), as medidas de autorrelato podem não refletir os verdadeiros níveis de psicopatia e alexitimia nestas pessoas. Como tal, seriam necessários estudos que medissem estes constructos com medidas de desempenho ou observacionais. Também o uso de um instrumento de despiste para medir a ansiedade e a depressão, como a HADS, pode não ser o mais adequado para medir a sua influencia na relação entre alexitimia e o consumo. Instrumentos mais específicos, como o *Beck Depression Inventory* e o *State-Trait Anxiety Inventory*, poderiam fornecer medidas mais sensíveis e, nesse caso, seriam mais aconselhados.

Outra limitação foi o uso da TAS-20 e da LEAS para a medição da alexitimia. Tendo em conta que este constructo é caracterizado por uma dificuldade em identificar e descrever emoções, medidas de autorrelato como a TAS-20 podem não ser as mais adequadas para o medir (Evren et al., 2008b; Lyvers et al., 2012; Morie et al., 2015; Thorberg et al., 2016b), recomendando-se outro tipo de medidas, como a LEAS. Contudo, Lindsay e Ciarrochi (2009) não encontraram uma relação significativa entre a TAS-20 e a LEAS (Lindsay & Ciarrochi, 2009), apesar de serem consideradas medidas complementares (Lane et al., 1998). Neste estudo encontramos correlações moderadas, embora significativas, entre a dimensão “Próprio” da LEAS e o Fator 1 da TAS-20, bem como entre a dimensão “Outro” da LEAS e o Fator 1, Fator 2 e a Pontuação Total da TAS-20, sugerindo que pelo menos em parte, estão a medir o mesmo constructo. Ainda assim, não se encontraram correlações significativas entre a pontuação total da LEAS e nenhuma das medidas da TAS-20, pelo que investigações futuras devem examinar com maior rigor as propriedades psicométricas destes instrumentos. Para além do mais, a estender-se os estudos nestas temáticas, será conveniente alterar a ordem de aplicação dos testes, para que o cansaço não prejudique os resultados dos últimos instrumentos.

## **Conclusão**

Os nossos resultados sugerem que as pessoas com problemas de consumo abusivo de substâncias podem manifestar de forma mais vincada certas características associadas à alexitimia. Interessantemente, os achados deste estudo acrescentam também apoio para a divisão do conceito de psicopatia em primária e secundária, visto que ambos se relacionaram de forma diferente com as manifestações alexitímicas investigadas, independentemente do consumo de substâncias.

A confirmarem-se e a estenderem-se os resultados deste estudo com amostras de maior dimensão, poderá ter uma implicação relevante no tratamento do consumo abusivo de substâncias, visto sugerirem uma relação entre este consumo e aspetos específicos da alexitimia. Talvez uma terapia focada no desenvolvimento de capacidades para lidar com as suas emoções possa ser benéfica em pessoas com consumo abusivo e altos níveis de alexitimia. Seria importante que investigações futuras estudassem a resposta das pessoas com altos níveis de alexitimia a diferentes tipos de tratamento, nomeadamente intervenções para desenvolver as capacidades de identificar, descrever ou lidar com as emoções e, por essa via, melhorar o funcionamento interpessoal deste grupo de pessoas.

## Referências bibliográficas

- Al Birt, M., Șandor, V., Vaida, A., & Birt, M. E. (2008). Alexithymia, a risk factor in alcohol addiction? A brief research report on Romanian population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(2), 217–225.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33–40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)
- Barbosa, F., Gonçalves, S., Almeida, P. R., Ferreira-Santos, F., & Marques-Teixeira, J. (2014). The Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRPS): translation and adaptation to European Portuguese.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307–18. <https://doi.org/10.1037/a0023421>
- Blackburn, R. (1975). An Empirical Classification of Psychopathic Personality An Empirical Classification of Psychopathic, 456–460. <https://doi.org/10.1192/bjp.127.5.456>
- Bonnet, A., Brejard, V., & Pedinielli, J.-L. (2013). Emotional dispositions and substance use: Mediating effect of alexithymia. *Psychological Reports*, 112(1), 289–302. <https://doi.org/10.2466/18.09.20.PR0.112.1.289-302>
- Book, A., Quinsey, V. L., & Langford, D. (2007). Psychopathy and the Perception of Affect and Vulnerability. *Criminal Justice and Behavior*, 34(4), 531–544. <https://doi.org/10.1177/0093854806293554>
- Bruce, G., Curren, C., & Williams, L. (2012). Alexithymia and alcohol consumption: The mediating effects of drinking motives. *Addictive Behaviors*, 37(3), 350–352. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.024>
- Bulai, I., & Enea, V. (2016). Dissociation and alexithymia in a Romanian sample of

- substance abuse patients. *Journal of Substance Use*, 21(6), 646–651. <https://doi.org/10.3109/14659891.2015.1130183>
- Carolan, P. L., Jaspers-Fayer, F., Asmaro, D. T., Douglas, K. S., & Liotti, M. (2014). Electrophysiology of blunted emotional bias in psychopathic personality. *Psychophysiology*, 51(1), 36–41. <https://doi.org/10.1111/psyp.12145>
- Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I., Edel, Y., & Detilleux, M. (2010). Emotional awareness in substance-dependent patients. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 599–610. <https://doi.org/10.1002/jclp.20662>
- Ciarrochi, J., Heaven, P. C. L., & Supavadeeprasit, S. (2008). The link between emotion identification skills and socio-emotional functioning in early adolescence: A 1-year longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 31(5), 565–582. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.10.004>
- Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., & Kosanke, N. (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 299–306. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.002>
- Connelly, M., & Denney, D. R. (2007). Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 649–656. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.008>
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychol. Assess.*, 13(2), 171–188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.171>
- Craparo, G., Gori, A., Dell’Aera, S., Costanzo, G., Fasciano, S., Tomasello, A., & Vicario, C. M. (2016). Impaired emotion recognition is linked to alexithymia in heroin addicts. *PeerJ*, 4, e1864. <https://doi.org/10.7717/peerj.1864>
- Day, R., & Wong, S. (1996). Anomalous perceptual asymmetries for negative emotional stimuli in the psychopath. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 648–52. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.4.648>
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Carano, A., Pelusi, L., ... Ferro, F. M. (2005a). Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(4), 257–264. <https://doi.org/10.1080/01674820500109081>
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., ... Ferro, F. M. (2005b). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive

- disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, 350–358. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0573-y>
- de Haan, H. A., Joosten, E. A. G., De Haan, L., Schellekens, A. F. A., Buitelaar, J. K., Van Der Palen, J., & De Jong, C. A. J. (2013). A family history of alcoholism relates to alexithymia in substance use disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 911–917. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.021>
- de Haan, H., Joosten, E., Wijdeveld, T., Boswinkel, P., van der Palen, J., & De Jong, C. (2012a). Alexithymia is not a stable personality trait in patients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, 198(1), 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.027>
- de Haan, H. A., Joosten, E. A. G., Wijdeveld, A. G. M., Boswinkel, P. B., van der Palen, J., & De Jong, C. A. J. (2011). Cognitive Behavioural Treatment Is as Effective in High- as in Low-Scoring Alexithymic Patients with Substance-Related Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 254–255. <https://doi.org/10.1159/000322030>
- de Haan, H. a., Schellekens, A. F. a., van der Palen, J., Verkes, R.-J., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. a. J. (2012b). The Level of Alexithymia in Alcohol-Dependent Patients Does Not Influence Outcomes after Inpatient Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(4), 299–304. <https://doi.org/10.3109/00952990.2012.668597>
- de Haan, H. A., van der Palen, J., Wijdeveld, T. G. M., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. J. (2014). Alexithymia in patients with substance use disorders: State or trait? *Psychiatry Research*, 216(1), 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.047>
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1265–1270. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.010>
- Del Gaizo, A. L., & Falkenbach, D. M. (2008). Primary and secondary psychopathic-traits and their relationship to perception and experience of emotion. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.019>
- Derefinko, K. J., & Lynam, D. R. (2007). Using the FFM to conceptualize psychopathy: a test using a drug abusing sample. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 638–56. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.6.638>
- Eid, P., & Boucher, S. (2012). Alexithymia and dyadic adjustment in intimate relationships: Analyses using the Actor Partner Interdependence Model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(10), 1095–1111. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.10.1095>
- El Rasheed, A. H. (2001). Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance Abuse*,

- 22(1), 11–21. <https://doi.org/10.1080/08897070109511442>
- Evren, C., Dalbudak, E., & Çakmak, D. (2008a). Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology in Male Alcohol-Dependent Inpatients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 18(1), 1–8.
- Evren, C., Kose, S., Sayar, K., Ozcelik, B., Borckardt, J. P., Elhai, J. D., & Cloninger, C. R. (2008b). Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(4), 371–378. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01829.x>
- Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E., & Cakmak, D. (2008c). Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 40–47. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01775.x>
- Finn, P. R., Martin, J., & Pihl, R. O. (1987). Alexithymia in Males at High Genetic Risk for Alcoholism. *Psychother. Psychosom.*, 47, 18–21.
- Franklin, T. R., Lohoff, F. W., Wang, Z., Sciortino, N., Harper, D., Li, Y., ... Childress, A. R. (2009). DAT genotype modulates brain and behavioral responses elicited by cigarette cues. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 34(3), 717–28. <https://doi.org/10.1038/npp.2008.124>
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., ... Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 54–62. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0265-1>
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment ( MoCA ): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, (November), 37–41. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.589374>
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1–4), 337–342. <https://doi.org/10.1159/000287080>
- Gage, B. C., & Egan, K. J. (1984). The effect of alexithymia on morbidity in hypertensives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41(3), 136–144. Retrieved from [http://www.openpsychodynamic.com/?page\\_id=32](http://www.openpsychodynamic.com/?page_id=32)
- Gori, A., Craparo, G., Sareri, G. I., Caretti, V., Giannini, M., & Meringolo, P. (2014). Antisocial and psychopathic personalities in a sample of addicted subjects: Differences in psychological resources, symptoms, alexithymia and impulsivity. *Comprehensive*



- Psychiatry*, 55(7), 1580–1586. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.023>
- Grieve, R., & Mahar, D. (2010). The emotional manipulation-psychopathy nexus: Relationships with emotional intelligence, alexithymia and ethical position. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 945–950. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.028>
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49(8), 845–850. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.013>
- Gunzelmann, T., Kupfer, J., & Braehler, E. (2002). Alexithymia in the Elderly General Population. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 74–80. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.29855>
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448–455. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.35905>
- Handelsman, L., Stein, J. A., Bernstein, D. P., Oppenheim, S. E., Rosenblum, A., & Magura, S. (2000). A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: Alexithymia, hostility, and PTSD. *Addictive Behaviors*, 25(3), 423–428. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00010-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00010-6)
- Hare, R. D., & McPherson, L. M. (1984). Psychopathy and perceptual asymmetry during verbal dichotic listening. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 141–149. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.93.2.141>
- Harpur, T. J., Hare, R. D., & Hakstian, A. R. (1989). Two-Factor Conceptualization of Psychopathy: Construct Validity and Assessment Implications. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 6–17. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.6>
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G., & Henry, J. P. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 124–128. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(94\)90056-N](https://doi.org/10.1016/0010-440X(94)90056-N)
- Haviland, M. G., MacMurray, J. P., & Cummings, M. A. (1988b). The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 49(1), 37–40. <https://doi.org/10.1159/000288065>
- Haviland, M. G., & Reise, S. P. (1996). A California Q-set alexithymia prototype and its relationship to ego-control and ego-resiliency. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 597–607. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00223-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00223-1)
- Haviland, M. G., Shaw, D. G., Cummings, M. A., & MacMurray, J. P. (1988a). Alexithymia:

- Subscales and Relationship to Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 164–170.
- Haviland, M. G., Shaw, D. G., MacMurray, J. P., & Cummings, M. A. (1988c). Validation of the toronto alexithymia scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50(2), 81–87. <https://doi.org/10.1159/000288104>
- Haviland, M. G., Sonne, J. L., & Kowert, P. A. (2004). Alexithymia and Psychopathy: Comparison and Application of California Q-set Prototypes. *Journal of Personality Assessment*. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8203\\_06](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8203_06)
- Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relation to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227–237. <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602>
- Hesse, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*, 50(4), 451–456. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.11.004>
- Hicks, B. M., Markon, K. E., Patrick, C. J., Krueger, R. F., & Newman, J. P. (2004). Identifying Psychopathy Subtypes on the Basis of Personality Structure. *Psychological Assessment*, 16(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.3.276>
- Hoffman, J. H., Welte, J. W., & Barnes, G. M. (2001). Co-occurrence of alcohol and cigarette use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 26(1), 63–78. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00089-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00089-7)
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99–104.
- Joukamaa, M., Saarijärvi, S., Muuriaisniemi, M.-L., & Salokangas, R. K. R. (1996). Alexithymia in a Normal Elderly Population. *Comprehensive Psychiatry*, 37(2), 144–147.
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K. M., Liuksila, P. R., Joukamaa, M., & Saarijärvi, S. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 383–387. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.02.126>
- Kauhanen, J., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1992). Coping with inner feelings and stress: heavy alcohol use in the context of alexithymia. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 18(3), 121–126. <https://doi.org/10.1080/08964289.1992.9936962>
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Julkunen, J., Wilson, T. W., & Salonen, J. T. (1993). Social

- factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34(5), 330–335. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90019-Z](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90019-Z)
- Keller, D. S., Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J. (1995). Alexithymia in Cocaine Abusers: Response to psychotherapy and Pharmacotherapy. *The American Journal on Addictions*, 4(3).
- Keltikangas-Järvinen, L. (1982). Alexithymia in Violent Offenders. *Journal of Personality Assessment*, 46(5), 462–467. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4605\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4605_3)
- Kirmayer, L. J., & Robbins, J. M. (1993). Cognitive and Social Correlates of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatics*, 34(1), 41–52. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(93\)71926-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(93)71926-X)
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M. R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 471–476. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27892>
- Kornreich, C. (2002). Impaired Emotional Facial Expression Recognition Is Associated With Interpersonal Problems in Alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 37(4), 394–400. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.4.394>
- Kornreich, C., Foisy, M. L., Philippot, P., Dan, B., Tecco, J., Noël, X., ... Verbanck, P. (2003). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 119(3), 251–260. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(03\)00130-6](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(03)00130-6)
- Kroner, D. G., & Forth, A. E. (1995). The Toronto Alexithymia Scale with incarcerated offenders. *Personality and Individual Differences*, 19(5), 625–634. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00116-N](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)00116-N)
- Lander, G. C., Lutz-Zois, C. J., Rye, M. S., & Goodnight, J. A. (2012). The differential association between alexithymia and primary versus secondary psychopathy. *Personality and Individual Differences*, 52(1), 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.08.027>
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., & Zeitlin, S. B. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: A Cognitive-Developmental Measure of Emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1&2), 124–134.
- Lane, R. D., Sechrest, L., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 377–385. <https://doi.org/10.1016/S0010->

- Lane, R. D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D. E., & Kaszniak, A. W. (2000). Pervasive Emotion Recognition Deficit Common to Alexithymia and the Repressive Coping Style. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 492–501. <https://doi.org/10.1097/00006842-200007000-00007>
- LaRowe, S. D., Saladin, M. E., Carpenter, M. J., & Upadhyaya, H. P. (2007). Reactivity to nicotine cues over repeated cue reactivity sessions. *Addictive Behaviors*, 32(12), 2888–2899. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.04.025>
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.151>
- Li, C. S. R., & Sinha, R. (2006). Alexithymia and stress-induced brain activation in cocaine-dependent men and women. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 31(2), 115–121.
- Lindholm, T., Lehtinen, V., Hyypä, M. T., & Puukka, P. (1990). Alexithymic Features in Relation to the Dezamethasone Suppression Test in a Finnish Population Sample. *The American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1216–1219.
- Lindsay, J., & Ciarrochi, J. (2009). Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 315–321. <https://doi.org/10.1080/16066350802472056>
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C., & Delahousse, J. (1997). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow- up study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(5), 296–299. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90063-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90063-8)
- Loas, G., Otmani, O., Lecercle, C., & Jouvent, R. (2000). Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*, 96(1), 63–74. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00189-X)
- Louth, S. M., Hare, R. D., & Linden, W. (1998b). Psychopathy and alexithymia in female offenders. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30(2), 91–98. <https://doi.org/10.1037/h0085809>
- Louth, S. M., Williamson, S., Alpert, M., Pouget, E. R., & Hare, R. D. (1998a). Acoustic distinctions in the speech of male psychopaths. *Journal of Psycholinguistic Research*, 27(3), 375–384. <https://doi.org/10.1023/A:1023207821867>
- Lyvers, M., Onuoha, R., Thorberg, F. A., & Samios, C. (2012). Alexithymia in relation to parental alcoholism, everyday frontal lobe functioning and alcohol consumption in a

- non-clinical sample. *Addictive Behaviors*, 37(2), 205–210.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.10.012>
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, Social Competencies, Social Support, and Psychological Distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 358–367.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.358>
- Mann, L. S., Wise, T. N., Trinidad, A., & Kohanski, R. (1995). Alexithymia, Affect Recognition, and Five Factors of Personality in Substance Abusers. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 35–40.
- Marchesi, C., Ossola, P., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2014). The TAS-20 more likely measures negative affects rather than alexithymia itself in patients with major depression, panic disorder, eating disorders and substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 972–978.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.008>
- Martin, J. B., & Pihl, R. O. (1986). Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(2), 66–77. <https://doi.org/10.1159/000287930>
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 629–635. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013>
- Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, 40, 1399–1408. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.020>
- Modestin, J., Furrer, R., & Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 707–9. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00125-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00125-9)
- Morie, K. P., Nich, C., Hunkele, K., Potenza, M. N., & Carroll, K. M. (2015). Alexithymia level and response to computer-based training in cognitive behavioral therapy among cocaine-dependent methadone maintained individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 157–163. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.004>
- Morrison, S. L., & Pihl, R. O. (1989). Psychometrics of the Schalling-Sifneos and Toronto Alexithymia Scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 83–90.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4),

- 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Neumann, C. S., Hare, R. D., & Newman, J. P. (2007). The Super-Ordinate Nature of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 102–117. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.2.102>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32(5), 387–394. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(91\)90015-5](https://doi.org/10.1016/0010-440X(91)90015-5)
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221–232. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: Relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30(5), 434–441. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90009-6](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90009-6)
- Pasini, A., Delle Chiaie, R., Seripa, S., & Ciani, N. (1992). Alexithymia as Related to Sex, Age, and Educational Level: Results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 Normal Subjects. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 42–46.
- Pham, T. H., Ducro, C., & Luminet, O. (2010). Psychopathy, Alexithymia and Emotional Intelligence in a Forensic Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 24–32. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.484641>
- Pinard, L., Negrete, J. C., Annable, L., & Audet, N. (1996). Alexithymia in Substance Abusers: Persistence and Correlates of Variance. *The American Journal on Addictions*, 5(May), 32–39. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1521-0391.1996.tb00281.x>
- Polce-Lynch, M., Myers, B. J., Kilmartin, C. T., Forssmann-Falck, R., & Kliever, W. (1998). Gender and Age Patterns in Emotional Expression, Body Image, and Self-Esteem: A Qualitative Analysis. *Sex Roles*, 38(11/12), 1025–1048. <https://doi.org/10.1023/A>
- Pombo, S., Félix da Costa, N., Ismail, F., Cardoso, J. M. N., & Figueira, M. L. (2014). Alexithymia and alcohol dependence: Do different subtypes manifest different emotion regulations? *Addiction Research & Theory*, 23(3), 187–195. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.949697>

- Porcelli, P., Affatati, V., Bellomo, A., De Carne, M., Todarello, O., & Taylor, G. J. (2004). Alexithymia and Psychopathology in Patients with Psychiatric and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 84–91. <https://doi.org/10.1159/000075539>
- Ridings, L. E., & Lutz-Zois, C. J. (2014). Emotional dysregulation and Borderline Personality Disorder: Explaining the link between secondary psychopathy and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 57, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.09.008>
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Abrams, D. B., Rubonis, A. V., Niaura, R. S., Sirota, A. D., & Colby, S. M. (1992). Cue elicited urge to drink and salivation in alcoholics: Relationship to individual differences. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14(3), 195–210. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(92\)90008-C](https://doi.org/10.1016/0146-6402(92)90008-C)
- Ross, S. R., Lutz, C. J., & Bailey, S. E. (2004). Psychopathy and the five factor model in a noninstitutionalized sample: A domain and facet level analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(4), 213–223. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000045337.48535.a5>
- Rybakowski, J., Ziółkowski, M., Zasadzka, T., & Brzeziński, R. (1988). High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 21(2), 133–136. [https://doi.org/10.1016/0376-8716\(88\)90058-0](https://doi.org/10.1016/0376-8716(88)90058-0)
- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., Tamminen, T., & Äärelä, E. (1993). Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients. *General Hospital Psychiatry*, 15(5), 330–333. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(93\)90026-K](https://doi.org/10.1016/0163-8343(93)90026-K)
- Saladin, M. E., Santa Ana, E. J., Larowe, S. D., Simpson, A. N., Tolliver, B. K., Price, K. L., ... Brady, K. T. (2012). Does alexithymia explain variation in cue-elicited craving reported by methamphetamine-dependent individuals? *American Journal on Addictions*, 21(2), 130–135. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2011.00214.x>
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75–82. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00053-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00053-1)
- SICAD. (n.d.). No Title. Retrieved September 28, 2017, from <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Instrumentos.aspx>
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2–6), 255–262.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Singh, K., Arteché, A., & Holder, M. D. (2011). Personality factors and psychopathy, alexithymia and stress. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2011.01.003>
- Skeem, J., Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M., & Louden, J. E. (2007). Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 395–409. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.2.395>
- Smith, G. R. (1983). Alexithymia in Medical Patients Referred to a Consultation/Liaison Service. *The American Journal of Psychiatry*, 140(1), 99–101.
- Speranza, M., Corcos, M., Stéphan, P., Loas, G., Pérez-Díaz, F., Lang, F., ... Jeammet, P. (2004). Alexithymia, Depressive Experiences, and Dependency in Addictive Disorders. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 551–579. <https://doi.org/10.1081/JA-120030058>
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., ... Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37(4), 469–476. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.011>
- Swiatkowski, M., Budzynski, J., Klopocka, M., Ziolkowski, M., Bujak, R., & Sinkiewicz, W. (2004). Parameters of the functional and morphological status of the upper digestive tract in alcohol-dependent male patients with depression and alexithymia in the context of autonomic nervous system activity and nitric oxide plasma level. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 10(2), CR68-74. <https://doi.org/4428> [pii]
- Taylor, G. J., Bagby, M., & Parker, J. D. A. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: Some Reliability, Validity, and Normative Data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1–2), 34–41. <https://doi.org/10.1159/000288571>
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191–199. <https://doi.org/10.1159/000287912>
- Taylor, J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (1990). A Preliminary Investigation of Alexithymia in Men with Psychoactive Substance Dependence. *Am J Psychiatry*, 147(September), 1228–1230.
- Thorberg, F. A., Young, R. M. D., Lyvers, M., Sullivan, K. A., Hasking, P., London, E. D., ... Feeney, G. F. X. (2016a). Alexithymia in relation to alcohol expectancies in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*, 236, 186–188.



- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.016>
- Thorberg, F. A., Young, R. M. D., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Connor, J. P., & Feeney, G. F. X. (2011a). Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive Behaviors*, 36(4), 427–430. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.016>
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Hurst, C. P., Connor, J. P., & Feeney, G. F. X. (2011b). Alexithymia in alcohol dependent patients is partially mediated by alcohol expectancy. *Drug and Alcohol Dependence*, 116(1–3), 238–241. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.015>
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Hurst, C. P., Connor, J. P., ... Feeney, G. F. X. (2016b). A longitudinal mediational study on the stability of alexithymia among alcohol-dependent outpatients in cognitive-behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(1), 64–72. <https://doi.org/10.1037/adb0000135>
- Timary, P. De, Luts, A., Hers, D., & Luminet, O. (2008). Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157, 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.12.008>
- Torrado, M. V., Ouakinin, S. S., & Bacelar-Nicolau, L. (2013a). Alexithymia, Emotional Awareness and Perceived Dysfunctional Parental Behaviors in Heroin Dependents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(6), 703–718. <https://doi.org/10.1007/s11469-013-9448-z>
- Torrado, M., Ouakinin, S., & Lane, R. (2013b). Measuring emotional awareness from a cognitive-developmental perspective: Portuguese adaptation studies of the levels of emotional awareness scale. *Acta Médica Portuguesa*, 26(2), 145–53. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23809747>
- Uzun, Ö. (2003). Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 349–352. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00009-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00009-9)
- Van Rossum, L. G. M., Laheij, R. J. F., De Doelder, M. S., De Jong, C. A. J., & Jansen, J. B. M. J. (2004). Prevalence of gastrointestinal symptoms in alcoholics and the relationship with alexithymia. *Psychiatry Research*, 129(1), 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.07.001>
- Verissimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 -Itens - I Adaptação Linguística, Validação semântica e estudo de Fiabilidade. *Acta Medica Portuguesa*, 14(5–6), 529–536.

- Vidal, S., Skeem, J., & Camp, J. (2010). Emotional intelligence: Painting different paths for low-anxious and high-anxious psychopathic variants. *Law and Human Behavior*, 34(2), 150–163. <https://doi.org/10.1007/s10979-009-9175-y>
- Wallace, J. F., Malterer, M. B., & Newman, J. P. (2009). Mapping Gray's BIS and BAS constructs onto Factor 1 and Factor 2 of Hare's Psychopathy Checklist - Revised. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 812–816. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.019>
- Williams, K. M., Paulhus, D. L., & Hare, R. D. (2007). Capturing the Four-Factor Structure of Psychopathy in College Students Via Self-Report. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 205–219. <https://doi.org/10.1080/00223890701268074>
- Williamson, S., Harpur, T. J., & Hare, R. D. (1991). Abnormal Processing of Affective Words by Psychopaths. *Psychophysiology*. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1991.tb02192.x>
- Wills, T. a, Vaccaro, D., McNamara, G., & Hirky, a E. (1996). Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 166–180. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.166>
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Shay, L. (1992). Alexithymia and the five-factor model of personality. *Comprehensive Psychiatry*, 33(3), 147–151. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(92\)90023-J](https://doi.org/10.1016/0010-440X(92)90023-J)
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Hill, B. (1990a). Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54(1), 26–31. <https://doi.org/10.1159/000288373>
- Wise, T. N., Mann, L. S., Mitchell, J. D., Hryvniak, M., & Hill, B. (1990b). Secondary Alexithymia: An Empirical Validation. *Comprehensive Psychiatry*, 31(4), 284–288.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Ziółkowski, M., Gruss, T., & Rybakowski, J. K. (1995). Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(3–4), 169–173. <https://doi.org/10.1159/000288955>

## **ANEXOS**

## Anexo 1

**LEAS**  
**ESCALA DE NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA EMOCIONAL**

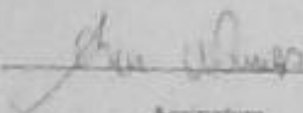
***Licença de Utilização***

Ana Sofia Fernandes Nunes (Nome do utilizador) concordo em não disponibilizar o material remetido pelos autores da versão portuguesa (ex: escala completa, versões codificadas, manual de pontuação) a outros investigadores sem o prévio consentimento dos primeiros. Concorde igualmente em partilhar material decorrente das investigações em que venha a utilizar este instrumento, para efeitos de maior aprofundamento dos aspetos psicométricos do mesmo.

9 de Fevereiro de 2016

---

Data

  
Assinatura

Complete por favor a seguinte informação:

Nome: Ana Sofia Fernandes Nunes  
Morada: Rua Doutor Adriano de Paiva, 61 3º Centro 4200-013 PORTO  
Contacto telefónico: 965476802 / 918987910  
Email: anasfnunes@hotmail.com

Remeta por favor esta licença de utilização, devidamente preenchida, para:

MARCO TORRADO, PhD  
Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica  
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa  
[mtorrado@medicina.ulisboa.pt](mailto:mtorrado@medicina.ulisboa.pt)

# **Alexitimia, Consumo de Substâncias e Psicopatia**

Ana Sofia Fernandes Nunes

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

